Kilka dalszych uwag o leczeniu zaćm następowych z podaniem nowego sposobu operacyjnego

podał

prof. Dr. Wicherkiewicz.

Nietylko zaćmy urazowe, ulegające w młodym wieku przy stósownem leczeniu powolnemu bez żadnych przypadłości wessaniu, pozostawiają ostatecznie w obrębie źrenicy mniej więcej grube błony, które wymagają pomocy lekarskiej w celu przywrócenia zupełnie lub w części utraconego wzroku, ale i w przeważnej liczbie zaćm starczych, jako też innych, przez zręczny zabieg operacyjny usuniętych, występuje, już to wkrótce po operacyi, już też później dopiero po miesiącach, a niekiedy nawet dopiero po latach, zaćmienie w obrębie źrenicy, przez co wzrok w mniejszym lub większym stopniu bywa upośledzonym. Śmiało zaś twierdzić można, że mimo bardzo wydoskonalonej w ostatnich dziesiątkach lat techniki operacyjnej, która stała się udziałem już nie kilku tylko operatorów „z Bożej łaski", ale ogółu specyalistów, większa część ócz, operowanych nawet bez zarzutu z powodu zaćmy, prędzej czy później poddaną być musi lub też poddaną być może poprawce.

Albo bowiem błona zasłaniająca po pierwszej operacyi jest tak zbitą, iż chory niewiele przez operacyę zyskał, albo mimo swej cienkości, będąc pomarszczoną, przy pozornie czar-

nej źrenicy upośledza wzrok względnie dość dobry, który się jednakże przez operacyę następową znacznie poprawić daje.

To też operacye następowe w tych przypadkach odgrywają ważną bardzo rolę, a lekarza obciążają tem większą odpowiedzialnością, iż przez taką operacyę wzrok raz już przywrócony ma tylko naprawić, może zaś przez nieostrożność lub nieudolność pozbawić tego, co nieraz chory, z wielkim mozołem, a niejednokrotnie i kosztem odzyskał. Ta samowiedza odpowiedzialności odstrasza bardzo wielu kolegów od podejmowania zabiegów operacyjnych w tych przypadkach, gdzie wzrok po operacyi pierwotnej, podjętej dla usunięcia zaćmy, okazał się „wystarczającym“. Oczywiście, znaczenie wyrazu „wystarczający“ jest bardzo względnem wobec wymagań chorego, ale więcej jeszcze wobec pojęć lekarza o zadaniu i celach sztuki lekarskiej.

Omówiwszy ten przedmiot dość obszernie w artykule, przed dwoma laty w „Now. lek.“ [1]) umieszczonym, nie chciałbym się dziś powtarzać, lecz pragnę jedynie domówić to, co tam było opuszczone, lub co mi dalsze doświadczenie nasunęło.

Błony źreniczne, powstające po zaćmach urazowych pozostawionych wessaniu, albo też po zaćmach starczych, niedostatecznie operowanych, zwłaszcza, jeżeli operator nie wyciął wystarczającego kawałka torebki, nie nadają się do prostego rozcięcia (dyscysyi), lecz winny według naszego doświadczenia być wyrwane albo też wycięte. Chcąc odpowiedni rękoczyn podjąć, winniśmy przedewszystkiem odczekać stosowną chwilę, t. j. zabrać się do operacyi wtenczas dopiero, gdy upłynął dość długi czas po pierwszej operacyi, względnie po zranieniu, a oko nie przedstawia już żadnego stanu podrażnienia. Zwłaszcza baczyć trzeba na to, by gałka była niebolesna i by nie przedsta-

[1]) Kilka słów o zaćmie wtórorzędnej i jej operacyi. Now. lek. N. 6. 1895.

wiała nastrzyknięcia rzęskowego. Zbytni pośpiech może unicestwić skutek operacyi, który byłby dobrym, gdyby nie przynaglanie lekarza lub też niecierpliwość chorego.

Na wybór sposobu operacyjnego winno wpłynąć dokładne zbadanie stanu oka. Jeżeli błona źreniczna jest ściśle pozrastana z tęczówką, należy częściowo wyciąć tęczówkę w miejscu najściślejszego zrostu, a następnie mojemi szczypczykami, służącemi do wyrywania torebki, lub też dobremi szczypczykami tęczówkowemi zręcznie błonę uchwycić i ostrożnie z gałki wydobyć, zrywając dalsze zrosty. Skoro w czasie tego rękoczynu przekonamy się, iż błona zbyt silnie, nietylko z innemi częściami tęczówki, pozrastana, ale nadto przez zgrubiały rąbek Zinniusza pośrednio i z ciałkiem rzęskowem silnie jest złączoną, winniśmy zaniechać dalszego wyciągania błony, a tylko odciąć z niej tyle, ile nam pozwalają nożyczki, wprowadzone do gałki. Gdy nam się wycięcie to okaże niedostateczne o tyle, iż znaczniejsza część pozostałej błony zasłania środek źrenicy, przecinamy ją wprowadzonemi nożyczkami Weckerowskiemi, których w ogóle z upodobaniem używamy przy każdej takiej operacyi.

W przypadkach zaś, gdzie błona gruba ściśle z tęczówką pozrastana, zasłania zupełnie źrenicę, a o wyrwaniu jej bez obrażenia oka myśleć nie możemy, wykonujemy znanym czytelnikowi sposobem irydotomię, starając się atoli nożyczkami Weckerowskiemi wyciąć trójkątny kawałek błony i z oka go wydobyć. Oczywista rzecz, iż dostateczne kokainowanie, a u dzieci głębokie uśpienie, jest warunkiem niezbędnym do szczęśliwego wyniku operacyi. O przestrzeganiu ścisłej aseptyki nie wspominam, jako o rzeczy dzisiejszemu pokoleniu lekarzy dostatecznie znanej i zazwyczaj przestrzeganej.

Leczenie pooperacyjne zwykłym winno odpowiadać przepisom i warunkom. Gdy z powodu liczniejszych zrostów byliśmy zniewoleni obejść się niezbyt łagodnie z tęczówką, a dalej może i z ciałkiem rzęskowem, kilkakrotne w ciągu doby zastósowanie atropiny, a lepiej jeszcze atropiny ze skopolaminą zapobiegało złym następstwom zbytniego podra-

żnienia oka. Jeżeli w ciągu operacyi, lub po jej ukończeniu, występuje krew do przedniej komórki, a nastąpi to prawie zawsze w przypadkach nie dość dawnych, zbyt wcześnie operowanych, stósować będziemy przez mokrą opaskę zimne okłady, najlepiej za pomocą przyrządu Leiterowskiego. Wobec zadania, by nie dopuścić do rozwinięcia się zapalenia tęczówki lub tęczówko-rzęskowego, któreby mogło sprowadzić ponowne zaróśnięcie źrenicy lub gorszych następstw być powodem, przyjdzie nam niejednokrotnie, gdy podrażnienie oka nie dość szybko ustępuje, a krew nie bywa wessaną, przystawić 5—8 pijawek do skroni. Nie mając zamiaru omawiać wyczerpująco wszelkich terapeutycznych wskazań nasuwających się w tych okolicznościach, pragnąłbym wszakże zaznaczyć, że podskórne wstrzykiwania pilokarpiny, wywołując poty i ślinienie, silnie przyczyniają się do wessania krwi z oka.

Daleko na pozór prostszą a zarazem łatwiejszą przedstawia się sprawa, gdy mamy do czynienia z błonkami cienkiemi, dopiero przy bocznem ogniskowem oświetleniu dostrzegalnemi, które jednak nie rzadko dość znacznie wzrok obniżają. Powstają one prędzej lub później w znacznej części operowanych na zaćmę starczą, oczach. To też operacya wtórorzędna, nie powiem z reguły, ale w bardzo znacznym odsetku przypadków zaćm wykonaną być musi lub może. Operacya taka jest łatwą, bezbolesną, w leczeniu następowem bardzo prostą i krótkotrwałą, a co najważniejsza, w skutkach, t. j. ze względu na podniesienie bystrości wzroku, wielkiej zazwyczaj jest doniosłości.

Rękoczyn, w takich przypadkach zastósowywany, polega na rozdarciu błonki zasłaniającej źrenicę. Gdy jedni okuliści wykonują tę operacyę, ile razy do tego nadarzy się wskazanie, a największy zwolennik dyscysyi, Knapp w N. Yorku, wykonuje ją tak często, iż 66% wszystkich zaćm poddaje tej wtórorzędnej operacyi, inni są bardzo wstrzemięźliwi, uważając dyscysyę za wielce niebezpieczny ręko-

czyn. Niebezpieczeństwo zaś upatrują w drażnieniu ciałka rzęskowego, w urazie ciałka szklanego, które następnie kurcząc się, może dać powód do oderwania siatkówki, a „last not least", w nierzadko wydarzających się zakażeniach doprowadzających po „post multa discrimina" do zapalenia całego oka (panophthalmitis), jako ciężkiego następstwa bardzo małej przyczyny. Niewątpliwie zarzuty te i obawy są usprawiedliwione i ja je w zupełności podzielam, ale tylko o tyle, o ile operator nie dość jest oględny i o ile zabieg operacyjny wykonany bywa przez rogówkę „keratonyxis". Powody dla których od lat kilku zarzuciłem tę operacyę, zastępując ją wprowadzeniem nożyka przez twardówkę — „scleronyxis" — wyłuszczyłem w mej powyżej wymienionej pracy; tutaj chciałbym tylko zwrócić uwagę szanownego czytelnika na dalsze ulepszenie tego zabiegu. Zanim do tego przystąpię, może nie od rzeczy będzie wymienić korzyści „scleronyxis anterior". Za najgłówniejszą rzecz uważam to, iż ranka operacyjna, leżąca po za obrębem przeźroczystej rogówki, już w samej twardówce, łatwo po wyciągnięciu nożyka zamyka się, nie dając możności wypłynięcia cieczy wodnej. Pod tym właśnie względem stoję w przeciwieństwie do wielu operatorów, którzy w odpływie cieczy upatrują coś dodatniego, a mianowicie z tego rzekomo względu, iż po odpływie cieczy, występujące ku przodowi ciałko szklane, wtłaczając się w rankę torebkową, rozdziera ją jeszcze więcej, a dalej, iż odpływająca ciecz ma wypłukiwać drobnoustroje, które do oka przez narzędzie operacyjne się dostać mogły. Jest to zapatrywanie często powtarzające się, a w najnowszych czasach niedwuznacznie dał temu wyraz J. da Gama Pinto, w rozprawie: *Ein Beitrag zur Nachstaar - Operation* [1]). — Według naszego przekonania działanie odkażające odpływającej cieczy trzeba uważać za złudne; nigdy doświadczalnie stwierdzonem ono nie było, trudno też

---

[1]) Kl. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1896 p. 304.

przypuszczać, by drobnoustroje, które wprowadzonym do oka nożykiem tam się dostały, dały się usunąć jednorazowym odpływem cieczy. Gdyby tak być miało, nie mielibyśmy przy zwykłych discysyach przez rogówkę zakażeń, a powinny być wykluczone pierwotne zakażenia wogóle po operacyach zaćm, skoro rękoczyn ten połączony bywa z odpływem cieczy i to odpływem dłużej trwającym, lub nawet powtarzającym się przy niespokojnem zachowaniu się chorego po operacyi. Niestety doświadczenie poucza nas, że tak nie jest.

A jakże się ma sprawa z pomocniczą działalnością ciałka szklanego w rozdzieraniu błonki źrenicznej? Niewątpliwie, że skutek ten bywa często widocznym tam, gdzie błona nie jest zbyt zbitą. Atoli poco czynność tę powierzać przypadkowi, gdy w naszej winno być mocy zadać błonie rankę o tyle długą, o ile w poszczególnych przypadkach okaże się tego potrzeba. A nadto, co niemałej jest wagi, przesunięcie się ciałka szklanego każdy operator uważać winien za rzecz ujemną samą w sobie, spowodować ono może zmiany, niedające się z góry obliczyć w głębi oka mianowicie wynaczynienia wskutek nagłego obniżenia ciśnienia śródgałkowego, a przedewszystkiem łatwo w ten sposób przychodzi do wrośnięcia ciałka szklanego, co zawsze powoduje długotrwałe drażnienie i łatwość późniejszego zakażenia oka. Sam da Gama Pinto przyznaje w wyżej przytoczonej pracy, iż na 193 dyscysyj przez rogówkę wykonanych nożem Graefowskim, 9 razy miał uwięźnienie ciałka szklanego, a z tych 9 cztery przypadki uległy ropieniu. Wobec tego porzucił on rozcinanie torebki przez rogówkę i w dalszym szeregu przypadków, rozcinał błony zaćm następowych, wprowadzając nożyk Graefego na 6—8 mm. od brzegu rogówkowego przez twardówkę. Lubo z opisu, który zainteresowany czytelnik odczytać zechce w pracy oryginalnej, wnosićby można, iż sposób operowania przez da Gama Pinto

podany, zbyt silnym jest ciosem, to jednak nie śmiemy o skuteczności jego przesądzać w obec tego, że autor z wyników swoich zdaje się być zadowolonym, szczegółów atoli pod względem trwania pooperacyjnego leczenia, powikłań i bystrości wzroku osiągniętego przez rękoczyn, nie podaje.

Od czasu, kiedyśmy w *Nowinach lek.* ogłosili artykuł o operowaniu zaćm wtórorzędnych, czyli następowych, mieliśmy sposobność przekonać się na bardzo znacznym materyale o skuteczności rozcinania błon pooperacyjnych przez *scleronyxis anterior*, a przedewszystkiem stwierdzić, że rzeczona operacya nie wywołuje żadnego podrażnienia oka, nie wystawia go na żadne niepożądane przypadłości, i o ile z dotychczasowego materyału sądzić można, nie naraża na zakażenie. W pracy dawniejszej staraliśmy się wykazać przyczyny, dla których niebezpieczeństwo zakażenia musi być mniejszem przy przekłóciu twardówki, aniżeli przy wprowadzeniu narzędzia przez rogówkę. Dotychczasowe doświadczenie zdaje się potwierdzać nasze przypuszczenie. Szczegółów atoli statystycznych na razie podać nie możemy, gdyż materyału nie mamy chwilowo pod ręką. Zebrawszy go, nieomieszkamy później podzielić się z kolegami wynikiem statystycznego zestawienia. Oparci na doświadczeniu dotychczasowem, śmiało możemy stwierdzić, że oko po tej operacyi tak mało zdradza odczynu (a czasami i żadnego), że w ostatnich czasach wielokrotnie operowaliśmy ambulatoryjnie, a po dwóch już dniach, stwierdziwszy wynik wzroku, mogliśmy chorego z opieki wypuścić.

Przekonałem się wszakże w wielu przypadkach, że chcąc błonę dla lepszego skutku przeciąć krzyżowo obrotem nożyka, uciskamy niepotrzebnie ścianę gałki, a powiększając tem samem w niej otwór, ułatwiamy odpływ cieczy, czego z powodów wyżej wyłuszczonych unikać nam wypada. Przytem wszystkiem po zwrocie nożyka nie udaje nam się błony przeciąć, ale raczej ją tylko odrywamy od ciałka rzęskowego, do którego, dzięki swej sprężystości, znowu powraca, wsku-

tek czego niedostateczny powstaje otwór, mianowicie w tych razach, gdy błona źreniczna bywa grubszą.

Tej niedogodności starałem się w ostatnich miesiącach zapobiedz przez zmienione postępowanie operacyjne. Zmiana ta polega na tem, iż wprowadzam nożyk do gałki dwa razy i to w miejscach odległych od siebie mniej więcej 90° obwodu, przez co pierwsze cięcie do drugiego przybiera kierunek prostopadły. Przypuszczając n. p. iż mamy do czynienia z okiem lewem, operowanem pierwotnie cięciem płatowem ku górze z irydectomią i, że zaćma następowa zasłania głównie środek i dolną część źrenicy, wprowadzamy nożyk Knappowski płasko, t. j. równolegle do płaszczyzny tęczówkowej, w miejscu złączenia twardówko-rogówkowego, więcej w twardówce samej, a dostrzegłszy koniec ostrza w przedniej komórce, okręcamy nożyk na około osi trzonu o 90 stopni tak, by ostrze zwrócić ku błonie. Posuwając teraz nożyk dalej pod tęczówkę, zagłębiamy go w błonie, którą, ciągnąc nożyk ku górze, rozcinamy dowolnie. Wydostawszy nożyk w kierunku, w jakim go wprowadziliśmy, zupełnie bez odpływu cieczy wodnej, co bywa regułą, wprowadzamy go powtórnie od strony zewnętrznego kącika w ten sam sposób, a posunąwszy ostrze po za otwór wykonany pierwszem cięciem, zagłębiamy tamże w błonce i ciągniemy przez prostopadły otwór, zawsze bacząc na to, by ostrza zbytnio nie zagłębiać, w takim bowiem razie niepotrzebniebyśmy tylko ciałko szklane urażali, a błony źrenicznej przeciąćbyśmy nie zdołali, wobec krótkich rozmiarów ostrza nożyka. To też chcąc każdej chwili śledzić bieg narzędzia i pole operacyjne, winniśmy je sobie dobrze oświecić, bądź światłem elektrycznem, bądź, w braku takowego, dobrem oświetleniem bocznem. Wykonując taką *scleronyxis duplex*, możemy być pewni krzyżowego przecięcia błon nawet grubszych. Zbyteczną byłoby rzeczą zaznaczyć, że w razie odpłynięcia po pierwszem przekłóciu cieczy wodnej, co się bardzo tylko rzadko zdarza, z wykonaniem drugiego czekać

nam wypada kilka minut, zanim przednia komórka znowu się nie wypełni.

I ta podwójna *scleronyxis* nie podrażnia oka i może być ambulatoryjnie wykonywaną. W każdym jednak razie, przestrzegając ściśle wszelkich przepisów aseptyki, zawiązujemy oko operowane na 24—48 godzin. O należytem stósowaniu leków rozszerzających źrenicę, pamiętać przytem wypada.

Zachodzi pytanie, w których przypadkach można kusić się o naprawę wzroku, przywróconego przez główną operacyę, i w jakim czasie zabrać się do tego po pierwszej operacyi?

Co do pierwszego pytania, to nasza zasada jest następująca: Przedewszystkiem nie jedna, ale rozmaite okoliczności, ściśle rozważone, wpływają na nasze postanowienie. Uwzględniamy głównie potrzeby chorego w stosunku do jego położenia społecznego i jego zajęć. Robotnik, cherlak, nie mogący i tak pracować, zadowolni się wzrokiem, który mu pozwala widzieć otoczenie i poruszać się bez niczyjej pomocy. Robotnik, będący jeszcze w posiadaniu dostatecznych sił do pracy, potrzebować będzie większej bystrości wzroku, nie niższej od $^1/_6$. Przemysłowiec, prowadzący lub kontrolujący swoje książki kupieckie, urzędnik sądowy lub administracyjny, zniewolony od czasu do czasu zająć się czytaniem lub pisaniem i podpisywaniem aktów, daleko większe musi mieć wymagania wobec swego operatora tak, że mniej niż $^1/_4$ a nawet $^1/_3$ nie wystarcza mu. Osoby zaś, które, czy to z obowiązku, czy z upodobania zajmują się pracą umysłową, nauczyciele, adwokaci, lekarze, literaci i t. d., chcąc w całej pełni, lub chociażby tylko częściowo przy niej pozostać, lub do niej powrócić, będą musieli mieć co najmniej $^1/_2$ prawidłowej bystrości wzrokowej. Oczywiście, iż warunki powyżej naszkicowane ulegają zaostrzeniu lub też złagodzeniu w miarę stanu drugiego oka: ulegają bowiem złagodzeniu, gdy ono jest mniej więcej prawidłowe, zaostrzeniu, gdy przeciwnie wzrok drugiego oka także już uległ obniżeniu. A jednak wobec niepewności operacyi powtórnej, będziemy zniewoleni

warunki złagodzić, t. j. operować tylko przy bardzo niewystarczającym wzroku, jeśli ten jest niższy aniżeli $^1/_{10}$, a na oko drugie już oślepłe, ani chwilowo ani w przyszłości liczyć nie możemy.

Zatem widzimy, iż operator ma bardzo szerokie pole kombinacyi w wyborze tego, co najlepsze i najstosowniejsze i że, po sumiennej rozwadze, przyjdzie mu nieco także zaufać swej i chorego szczęśliwej gwieździe.

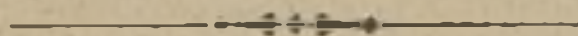
Co do drugiego pytania, dotyczącego czasu, w którym po pierwszej, może lub powinna być wykonana druga operacya, to zależnem to jest także od kilku okoliczności:

Skoro wzrok operowanego oka, wystarcza na tyle, by chorego uczynić niezależnym od otoczenia, nie podejmujemy z zasady poprawki, dopóki drugie oko, dotknięte także zaćmą postępującą, nie będzie miało wzroku przywróconego. Jeżeli na drugie oko oglądać się nie mamy powodu, lub jeżeli obadwa oczy równocześnie [1]) były operowane, wskazaną dyscysyę wykonujemy już w kilka tygodni po pierwszej operacyi, wszakże tylko wtenczas, skoro choremu powrócić do nas trudno, a oko nie przedstawia już wyraźniejszej reakcyi pooperacyjnej, zwłaszcza, skoro nie przebywało żadnego zapalenia tęczówki lub tęczówko-rzęskowego. W takich bowiem razach wstrzymać się wypada kilka miesięcy od wszelkich dalszych rękoczynów, tem bardziej, że i tak błonka, w źrenicy powstała, później się zmniejsza, dopuszczając wcale wystarczający nieraz wzrok. Ale i na odwrót, chory, którego wypuściliśmy z czarną prawidłowo wyglądającą źrenicą, powraca po upływie kilku lub kilkunastu miesięcy z znacznie obniżonym wzrokiem, mimo pozornie czarno się przedstawiającej źrenicy. Ściślejsze badanie wykaże nam, jak to już w dawniejszej naszej pracy omówiliśmy, cieniutką punkciko-

[1]) Przy wskazanej na obu oczach dyscysyi nie radzimy nigdy operować równocześnie, lecz z odstępem jednego dnia. Lubo bowiem w całym szeregu tych operacyj nie mieliśmy ani jednego przypadku uległego zakażeniu, to jednak wzgląd na chorego i sumienie własne nakazują przezorność i ostrożność.

wo zmętniałą, lub pomarszczoną błonkę, przez którą wziernikiem widzimy dno oka jakby przez szkło pokryte parą. Operacya przez nas zalecana przywraca od razu pełną bystrość wzroku i to trwałego. Zdarzają się atoli wyjątkowo przypadki, iż po niejakimś czasie otwór krzyżowy znowu się zasłania, jakoby nowo wytworzoną wysiękową błoneczką; ponownie wykonane operacye z razu z dobrym, lub mniej dobrym skutkiem, nie doprowadzają do pożądanego trwałego wyniku. Co jest tego powodem, na pewno nie śmiałbym twierdzić, nie mając sposobności zbadać takiego oka anatomicznie. Zdaje się atoli, iż zachodzi tu przewłoczny stan zapalny ciała rzęskowego, prowadzący do pyłkowych zaćmień ciałka szklanego i błonki szklistej. Za tem przemawia lekkie bardzo przekrwienie rzęskowe i przy pomocy silnych soczewek widzialne wziernikiem zmętnienie ciałka szklanego, niemniej i pewna bolesność, czasowo dająca się choremu we znaki. Stan ten, polegający prawdopodobnie na ogólnych zaburzeniach ustroju, (kiła, cukrzyca, dna), lub też na zastoju naczyniowem w trzewach (*plethora abdominalis*) winien być należycie uwzględnionym obok miejscowego leczenia atropiną, sztucznemi pijawkami itd. zanim skłonimy chorego do powtórnej operacyi.

Pisałem w Lądku na Szląsku w Sierpniu 1897.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1897. Nr. 42 i 43.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.


B J
C